

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE (PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

951 770.274-49

Adilson Araújo da Silva

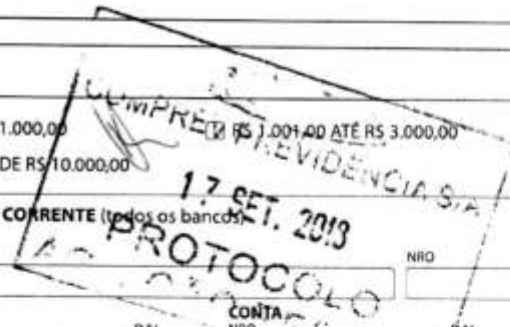
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Adilson Araújo da Silva		CPF titular da conta	951 770.274-49	Profissão	Recuperação-26
Endereço	Rua Albino Alves Barbosa		Número	21m	Complemento	
Bairro	matão	Cidade	Sopé	Estado	PB	CEP
Email	ccf.0000@gmail.com				Telefone (DDD)	63-98849-5530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0922 D/V CONTA NRO. 52770 D/V		BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

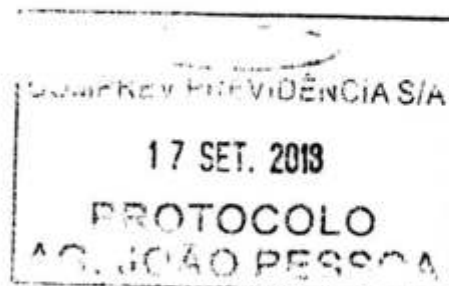
Sopé-PB, 17 de Setembro de 2013

Local e Data

Adilson Araújo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 022.045.904-35 Nome completo da vítima: Resenderson Azevedo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Resenderson Azevedo de Souza CPF: 022.045.904-35

Profissão: Peixeiro Endereço: Rua: Tanides Magalhães Silva Número: 4 Complemento: Casa

Bairro: Alto São Manoel Cidade: Mossoro Estado: RN CEP: 59.628-400

E-mail: _____ Tel. (DDD): 184/9.9852-8741

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00473726
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Mossoro RN 12.12.2017
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Resenderson Azevedo de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Elsonia das Graças de Araújo

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DA LIBERDADE

DATA: 04/12/2018

HORA: 12:14:00

TERMINAL: 23801001

CONTROLE: 238010010393

AGENCIA: 0568 - MOSSORO

CUNTA: 013.00171726-7

CLIENTE: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
07/11	0,00
08/11	0,00
09/11	0,00
14/11	0,00
19/11	0,00
20/11	0,00
23/11	0,00
25/11	0,00
01/12	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	2.042,89
06/11	3.539,17
07/11	5.620,61
08/11	10.172,31



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 49/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: ADILSON ARAÚJO DA SILVA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** SAPÉ-PB **PROFISSÃO:** AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS **DATA DE NASCIMENTO:** 15/02/1975 **IDADE:** 43 ANOS **RG:** 1.780.844 SSP/PB **CPF:** 951.770.274-49 **FILIAÇÃO:** JOSÉ ARAÚJO DA SILVA E SEVERINA CAMILO DA SILVA **ENDEREÇO:** RUA JOSÉ DOS SANTOS, Nº. 08, MUTIRÃO, SAPÉ-PB. **TELEFONE:** 83-99349-5647 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 03/12/2017 **LOCAL DO FATO:** ESTRADA QUE LIGA SAPÉ-PB A CRUZ DO ESPÍRITO SANTO-PB.

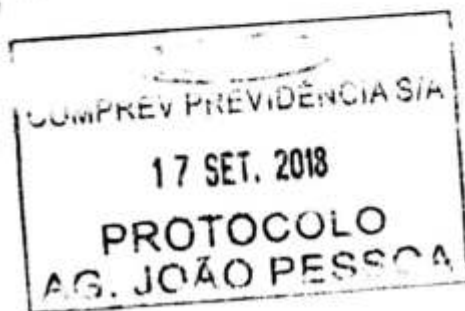
HISTÓRICO: ADILSON ARAÚJO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2017 POR VOLTA DAS 18:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI DE PLACA OFZ-3863/PB, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA, PELA ESTRADA QUE LIGA A CIDADE DE SAPÉ-PB AO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO-PB, AO EFETUAR UMA CURVA O VEÍCULO DERRAPOU NA AREIA QUE HAVIA NA PISTA E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SOFRIDO DIVERSAS LESÕES SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Adilson Araujo da Silva

Elaborado por: Vanildo Wanderley Lins Filho, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação - Polícia Civil
Matrícula 155.259-1





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 012834/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2018 16:54 Data/Hora Fim: 05/12/2018 17:19
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 20/11/2018 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: AV. PRESIDENTE DUTRA
Complemento: CASA

Bairro: Alto de São Manoel
Nº: XXXXX

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 25/02/1982
Profissão: Motoboy
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Rosimer de Azevedo Nome do Pai: Aderson Franco de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.045.904-35

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Eurides N da S Pinto Nº: 4
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.628-400
Telefone: (84) 98812-1140 (Celular)

Nome Civil: MARCOS ANTONIO MEDEIROS FELIPE (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 01/08/1968
Profissão: Motorista
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Eleite de Medeiros Felipe Nome do Pai: Jose Felipe Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 566.648.184-34

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Artur D Leite Nº: 1
Bairro: Dom Jaime Câmara CEP: 59.628-460
Telefone: (84) 99218-4515 (Celular)

Nome Civil: ROMULO DE SOUSA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 17/02/1984



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Gleibert Ribeiro Santos da Silva
Data de Impressão: 05/12/2018 17:20
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

RAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012834/2018

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida Franco de S. Costa

Nome do Pai: Francisco Roque da Costa Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 049.798.144-09

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R. Jd Hortência

Complemento: CASA

Bairro: Alto do Sumaré

Nº: 62

CEP: 59.834-035

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 1100311529	Placa QGJ2138
Número do Chassi *****81286	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor Laranja	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido

Rosiderson Azevedo de Sousa

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

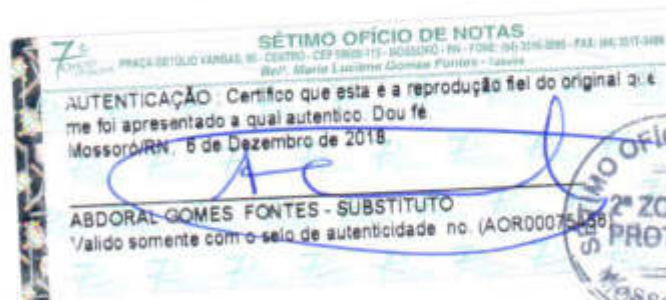
O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, PARA NOTICIAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, SE ENCONTRAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA ACIMA JA MENCIONADO, QUANDO AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO, SE ASSUSTOU COM UM OUTRO VEICULO EM SENTIDO CONTRARIO, FAZENDO FREAR BRUSCAMENTE, PERDENDO O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR, SOFRENDO LESÕES CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº. 32137/2018 DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA. DISSE AINDA O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS ACIMA ARROLADAS E NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Gleibert Ribeiro Santos da Silva
Responsável pelo Atendimento

Rosiderson Azevedo de Sousa
(Comunicante / Vítima / Condutor)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima essenciais e certas que podem responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adilson Araújo da Silva

CPF da Vítima

951.770.274-49

Data do Acidente

03/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signfica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sopé - PB, 17 de setembro de 2017

Local e Data

Adilson Araújo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 022.045.904-35 Nome completo da vítima: Rosanderson Azevedo de Souza
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012
 Nome completo: Rosanderson Azevedo de Souza CPF: 022.045.904-35
 Profissão: Peixeiro Estado: PR Número: 4 Complemento: Casa
 Bairro: Alto São Manoel Cidade: Marinópolis Estado: PR CEP: 59.628-400
 E-mail: _____ Tel. (DDD) _____ (84) 9-3852-8171

DADOS CADASTRAIS

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
 RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00
 DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (corrente para os beneficiários. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0060 CONTA: 00373726
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Marinópolis PR 12.12.2017
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Rosanderson Azevedo de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Elisaria das Graças de Araújo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DA LIBERDADE

DATA: 04/12/2012

HORA: 12:14:00

TERMINAL: 23881001

CONTROLE: 238810010300

AGENCIA: 0558 - MOSSORO

CONTA: 013.00171726-7

CLIENTE: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/11/2012

DATA	VALOR
07/11	0,00
08/11	0,00
09/11	0,00
14/11	0,00
19/11	0,00
20/11	0,00
23/11	0,00
25/11	0,00
01/12	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	2.042,89
06/11	3.539,17
07/11	5.620,61
08/11	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 31901033 459 CPF da vítima: 012.045.304.35 Nome completo da vítima: Rosenderson Azêvedo de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rosenderson Azêvedo de Sousa CPF: 012.045.304.35
Profissão: Recusado Endereço: Av. Curides e Agnênia Silveira Número: 4 Complemento: casa
Bairro: Alto São Manoel Cidade: Mossoró Estado: RN CEP: 59.623-400
E-mail: Tel. (DDD): (84) 9-9852-8771

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 001717067
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Mossoró/RN 29.05.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rosenderson Azêvedo de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

+ Estelvia das Graças de Araújo
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SEVERINA CAMILO DA SILVA
RUA BALBINO ALVES BARBOSA, S/N - MUTIRAO
SAPE / PB CEP: 56940000 (AG: 31)

Emissão: 30/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICA B200 Am2 - Carga Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 56211-000
Roteiro: 18 - 51 - 195 - 420 Nº medidor: 00000326009



ENERGISA PERNAMBUCO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 06.956.168/0001-00 - Insc. Est. 15.015.524-00

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 11-041-2018
Cód. para Deb. Automático: 00004432068

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Ago / 2018 **Apresentação** 30/08/2018 **Data prevista da próxima leitura** 28/09/2018 **CPF/ CNPJ/ RANI** 762.304.644-0

UC (Unidade Consumidora): 5/443206-8

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 21/07/18	Leitura 14749	Data 30/08/18	Leitura 14820	
			72	30

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo até 30kW-h-ER	30,000	0,449280	13,48	7,47	25	1,87	7,47	3,08	0,27	
0801	Consumo - 31 a 100kW-h-ER	42,000	0,427380	17,94	17,94	25	4,49	17,94	0,18	0,90	
0801	Adic. B. Vermelha			2,59	2,59	25	0,64	2,59	0,03	0,13	
0810	Subsídio			29,88	29,88	25	7,42	29,88	0,22	1,42	
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	Derivação Subsídio			-20,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CC	Classificação do Item	TOTAL
		40,54 57,87 14,41 57,87 0,02 2,00

Média últimos meses (kWh)
70

VENCIMENTO
06/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 46,64

Histórico de Consumo (kWh)											
52	48	55	63	64	104	75	70	78	72	55	70
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AO FISCO

164a.456b.61c4.2deb.dba6.309f.111e.37fd

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	1,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	1,00	CONTRATADA	202
DIC ANUAL	1,00	Limite Inferior	221
FIC MENSAL	1,00	Limite Superior	221
FIC TRIMESTRAL	1,00		
FIC ANUAL	1,00		
DMIC	1,00		
DICR	1,00		

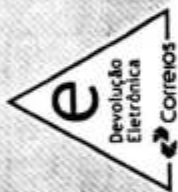
Discriminação	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Derivação de Tensão Elétrica (R\$)	1,87	1,87
Consumo de Energia (R\$)	17,94	17,94
Consumo de Transmissão (R\$)	1,03	1,03
Encargos Setoriais (R\$)	1,96	1,96
Impostos Diretos e Encargos (R\$)	27,34	27,34
Outros Serviços (R\$)	0,00	0,00
Total	46,64	100,00

Valor do Busto (Ref. 6/2017) Ag. 17

17 SET. 2018
PROTOCOLADO
AC. 10.000.000

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PIL6 DATA DE POSTAGEM 08/05/2018

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV CORENAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



96024213



7211307021047374800797665830060518

CUMPREV PREVIDENCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1685, Truá, CEP 59015-400
CNPJ: 04.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20035.424-3
Admin. Central (84) 3232-4433 / Divisão: (84) 3232-1002

RECORRER DE ATENDIMENTO

185
115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMRESSO EM 16/10/2018 AS 11:52:44

DADOS DO CLIENTE	MATRICULA:	MES/ANO
	3456391	10/2018

LUZIA DE SOUZA ROCHA
AV. EURIDES NOGUEIRA SILVA PINTO, N. 4 - ALTO S.
MANGUEIROS DO RIO GRANDE RN 59023-400

INSCRIÇÃO	ROTA	REQ. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
307.025.165-0183-000	1	4079	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
HIDRÔMETRO Y165638965	SITUAÇÃO AGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO		

CONSUMO AGUA (M3): 6

DATA LEITURA: 16/10/2018
LEIT. ATUAL: 47
LEIT. ANT.: 41
DIAS CONSUMO: 29

HISTORICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	0	0
08/2018	0	06/2018	0	04/2018	0	0

DESCRICAÇÃO

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	6 M3	39,99
ESGOTO		
70.0% DO VALOR DE AGUA		27,99
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		1,37
JUROS DE MORA 08/2018		0,70
FATURAS EM ATRASO		
REF 201809 70,05		

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	67,98	1,65	1,12
COFINS	67,98	7,6	5,17

VENCIMENTO: 23/10/2018 TOTAL A PAGAR: 70,05

ANÁLISE DE ÁGUA E ESGOTO					
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Dem. Potencial Lim.	Resíduo (resíduo)
VSP e Fluorimetria	± 0,05	6,6 ± 0,2	% de Acidez	0,2 ± 0,5 mg/L	3,0 ± 0,5 mg/L
Valores Obtidos	0,05	7,6	100,0 %	0,5	-

9,8832-3341
9,9619-305



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2018113036391

ESCRITÓRIO MOSSORO LESTE

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

00303639.1

LUIZA DE SOUZA POCHA

243.034.104-20

23/11/2018

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

ROTA DE ENTREGA 01.4073

FATURA

307.025.165.0163.000

AV. EURIDES ROQUEIRA SILVA PINTO, N. 4 - ALTO S. MANOEL MOSSORO RN 59628-

11/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

EGOTO

LIGADO

LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2018 -	6	09/2018 -	3
08/2018 -	0-30	07/2018 -	0-30
06/2018 -	0-30	05/2018 -	0-30

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	4	R 5321

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
47	51	4	32	0,13
16/10/2018	17/11/2018			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001: UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

39,99

EGOTO: 70,00 % DO VALOR DA ÁGUA

27,99

MULTA E/IMPONTUALIDADE 10/2018

1,32

JORNAL DE MORA 09/2018

0,70

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL(%)

VALOR DO IMPOSTO

PIS

67,92

0,01

0,44

COFINS

67,98

0,03

2,04

TOTAL

R\$

70,05

O EXERCÍCIO ESTÁ CONVOCANDO PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA
RESERVA, DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL OESTE

Mês/Ano: 10/2018

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSÊNCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos	0,90	7,80	100,00	2,00	

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/12/2018



MATRÍCULA

INSCRIÇÃO

ROTA DE ENTREGA

FATURA

NÃO RECEBER APÓS

00303639.1

307.025.165.0163.000

01.4073

11/2018

28/02/2019

VENCIMENTO

23/11/2018

VALOR R\$

70,05

GRUPO: 91

FIRMA: 1

82600000000-8 70050006307-3 00303639101-3 11201870003-2

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Abulson Luiz de Queiroz Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilson Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.770.274 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Wilson Araújo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.770.274 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Estimar</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.cobras@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa-PB 17 de setembro de 2018
Local e Data

Abulson Luiz de Queiroz Brito
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador², determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jessica das Graças de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.094.944-48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosaderson Azevedo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.045.904-35, do sinistro de DPVAT cobertura anulada da Vítima Rosaderson Azevedo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.045.904-35, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número		Complemento
<u>Rua: Curados da Queira Silva Pinto</u>	<u>4</u>		<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Alto São Manoel</u>	<u>Mossoro</u>	<u>RU</u>	<u>59.628.400</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(84) 9.9852-8777</u>

Mossoro RU 42 de 22 de dezembro de 2018
Local e Data

Jessica das Graças de Araújo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávio José de Oliveira,
RG nº 3.931.977, data de expedição 28 / 12 / 2010,
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 109.648.524-97,
com Domicílio na cidade de Sapé, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Barbosa de Lima
Mutirão nº 18, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente _____ ocorrido _____ com _____ a _____ vítima
Adilson Araújo da Silva, cujo o condutor
era Adilson Araújo da Silva.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2015
Modelo.....: Honda / CG 150 FAN CSDI
Placa.....: DFZ 3863/PB
Chassi.....: 9C2KC1680FR023868
Data do acidente.: 03/12/2017

Local e data: Sapé-PB, 17 de Agosto de 2018

X Flávio José de Oliveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
RECONHEÇO, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de _____
FLAVIO JOSE DE OLIVEIRA
Em test. da verdade. Sapé-PB 17/08/2018 12:25:41
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
[2018-006841] EMUL: R\$ 19,48 FORTALEÇA: 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: #4083750-CPNU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.ios.br>

CARTÓRIO UNICO
Seyrina Lucia M. Feliciano Sá
Tribelá Substituto
Mar a de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/9313-3143
CEP 58340-000-Sapé-PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AC. 1030 55650A



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Maria da Silva Data: 17/09/2013

End.: R. da Paz, 123

Bairro: Centro Cidade: Sapé

Unidade de origem: Unidade Básica de Saúde

Motivo de Encaminhamento

Encaminhado para o Hospital Dr. Sá Andrade para atendimento de urgência, devido a dor abdominal intensa, náusea e vômito. Paciente em uso de medicação para hipertensão arterial. Foi realizada a triagem e o paciente foi encaminhado para o serviço de emergência.

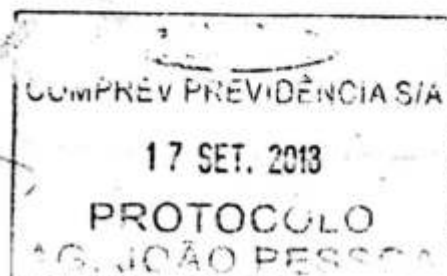
Medicamento Administrado

Referenciado para: Dr. João Pessoa

Contra referência

Motivo: Doença aguda

Contra referência para: Unidade Básica de Saúde





**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. ADILSON ARAUJO DA SILVA, residente na Rua José dos Santos nº8, - Centro - Sapé- PB, Nascido em 15/02/1975 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 03/12/2017, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde, realizado Rx. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma - João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 10 de Setembro de 2018

Atenciosamente,

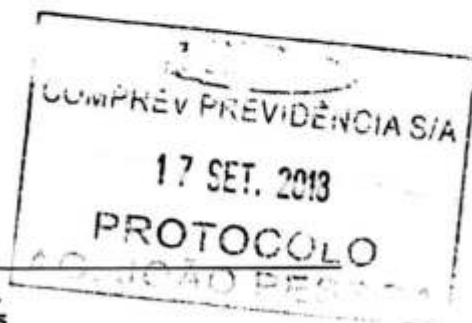
Eduardo da Silva Costa

Diretor Geral

MAT. 2122473

EDUARDO DA SILVA COSTA

Diretor Geral





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADILSON ARAUJO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	15/02/75
NOME DA MÃE	SEVERINA CAMILO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.046.059
DATA DO ATENDIMENTO	03/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	20:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS MAXILAR ESQUERDO + FRATURA DE PROCESSO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, com edema e escoriações. Dor em joelho esquerdo. Glasgow 15. Apresenta fratura de paredes do seio maxilar esquerdo e do processo zigomático esquerdo

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC dos seios da face
TC de crânio
RX de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenóide e no processo zigomático esquerdo.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	03/12/17
DATA DA EMISSÃO:	31/07/18

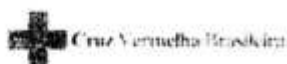
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
CENTRO DE ATENDIMENTO



GOVERNO
DA PARÁ

AV ORESTES LISBOA S/N - FLORESTA - BELÉM - PA - CEP: 66095-000 - FONE: 8332165700

BOLETO: 1046059



Identificação do paciente

ID 238603	Nome ADILSON ARAUJO DE SA	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42 anos 9 meses 16 dias	Estado civil Solteiro
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA	Religião Pai JOSE ARAUJO DA SILVA	Prontuário 50477
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA BETHANIA DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993495647	CEP Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1780844	Nº Cns 896304146346578
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBOR

Endereço

CEP 68340000	Município de residência SAPE	UF PB
Número 08	Complemento Santo MULTIRAO II	Logradouro JOSE DOS SANTOS

Admissão

Data e Hora 03/12/2017 20:33:10	Número da consulta 100006267013	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Motivo do atendimento ACIDENTE DE TRAFEGO		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Tipo de atendimento Não
Meio de transporte TRANSPORTE PUBLICO	Quem transportou	Trauma Não

Sinais Vitais

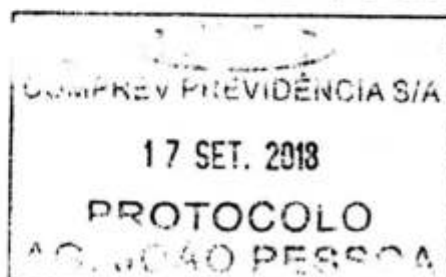
PA X	Pulso Temperatura
---------	----------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Tomografia []
-----------	-----------	----------	--------	---------------

Exames clínicos

Diagnóstico	ICD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 17seg





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA		BAE 1046059	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS 898004146346578	Telefone de Contato (83) 993495647
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA				Prontuário 50477
Endereço JOSE DOS SANTOS, 08		Bairro MULTIRAO II	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA	Nº Cons. Regional 10190/PB	
Data/Hora Classificação 03/12/2017 20:33:10			Data/Hora Prescrição 03/12/2017 20:43:47	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO COM CAPACETE ABERTO, APRESENTANDO EDEMA E ESCORIAÇÕES EM FACE E EM JOELHO ESQUERDO. SEM OUTRAS QUEIXAS. REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

ADILSON ARAUJO DA SILVA

Felipe Freitas
MEDICO
CRP-PB/11...
FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA
(10190/PB)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/12/2017 20:33:27



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	03/12/17 20:43
Usuário:	FELIPE FREITAS
Boleim	1046059



Nome	ADILSON ARAUJO DA SILVA	Data de Nascimento	15/02/1975	Idade	42	Sexo	MASCULINO	Nº	1046059	Nº Prontuário	50477	Data Prescrição	03/12/2017 20:43:47
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito												
Convenio	SUS												
Validade da Prescrição													
03/12/2017 20:43:00 - 04/12/2017 20:43:00													

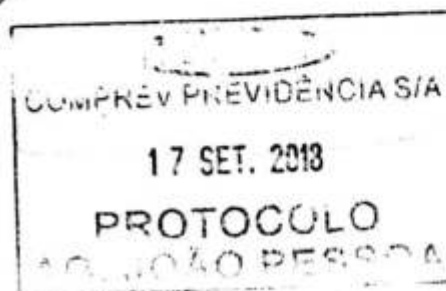
Matricula	Senha
-----------	-------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
3 PARECER ORTO	0.0						

03 de Dezembro de 2017

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA
CRM: 10190

Assinatura e Carimbo do Profissional



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA	BAE 1046059	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa 2017-12-03 22:50:54.0
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS 898004146346578
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993495647
Endereço JOSE DOS SANTOS, 08	Bairro MULTIRAO II	Município SAPE	Prontuário 50477
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 20:33:10		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 22:51:12	Nº Cons. Regional 4072/
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. HÁ APROXIMADAMENTE 4H, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA ÊMESE, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, DOENÇAS DE BASE, RELATA DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EUPNÉICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, RESPONSIVO, EM BEG E SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA PERIORBITÁRIO (E), ABRASÕES E ESCORIAÇÕES EM REGIÃO ZIGOMÁTICA (E) E MENTUAL. ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR PRESERVADAS, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, ABERTURA BUCAL LIMITADA. AO EXAME DE IMAGEM APRESENTA TRAÇOS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM REGIÃO DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO MAXILAR (E), ARCO ZIGOMÁTICO (E).

- CD: 1) EXAME CLÍNICO;
2) AVALIAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM;
3) RETORNO HTOP (08/12/17);
4) PRESCRIÇÃO;
5) ORIENTAÇÕES;
6) ALTA BMF.

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta


Alta médica

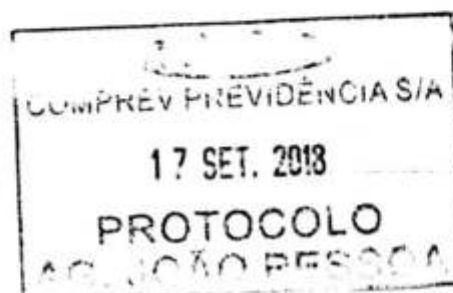
Alta Hospitalar

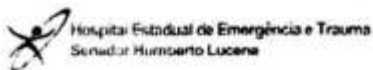
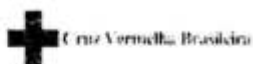
Usuário
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
03/12/2017 22:50:54
Observações

ADILSON ARAUJO DA SILVA


Autran da Nobrega Alves
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM-PB: 4072
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(4072/)





B. n. F

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

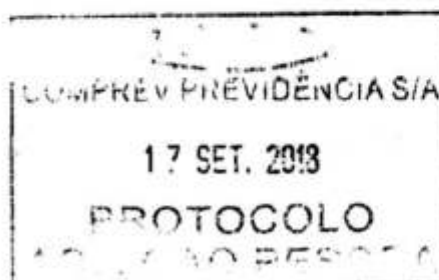
Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA	BAE 1046059	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS 898004146346578
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993495647
Endereço JOSE DOS SANTOS, 08	Bairro MULTIRAO II	Município SAPE	Prontuário 50477
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	UF PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 20:33:10		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 22:24:44	Nº Cons. Regional 10204/PB
Convênio SUS	TT Matrícula		Senha
Anamnese #ORTOPEDIA #PACIENTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO, COM DOR NA REGIAO DE FACE, SEM DOR EM JOELHO ESQUERDO, APENAS ESCORIAÇÕES LOCAIS RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO CD: ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA SAT 5000 UI IM			
MEDICAÇÃO SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 5000,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)			
Conduta Em observação			

ADILSON ARAUJO DA SILVA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)





Data:	03/12/17 22:24
Usuário:	MATHEUS
Boletim	1046059

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ADILSON ARAUJO DA SILVA	Data de Nascimento	15/02/1975	Idade	42	Sexo	MASCULINO	Nº	1046059	Nº Prontuário	50477	Data Prescrição	03/12/2017 22:24:44
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 03/12/2017 22:24:00 - 04/12/2017 22:24:00												
Convênio	Matrícula												
SUS	Senha												
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento						
1 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA)	5000.0	ML		INTRAMUSCUL	AR	AGORA							

03 de Dezembro de 2017

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
CRM: 10204

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201730960229

Idade: 42 anos

Paciente: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Data: 03/12/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

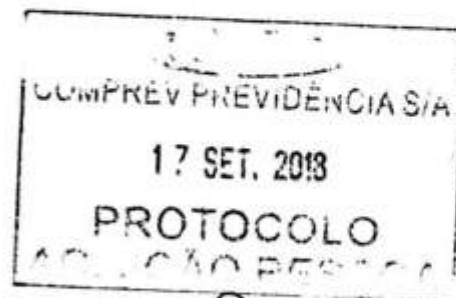
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

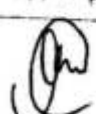
Análise:

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenóide e no processo zigomático esquerdo, com gás no espaço mastigador esquerdo.
Material denso no interior seio maxilar esquerdo podendo corresponder a sangue.
Espessamento do revestimento mucoso das demais cavidades paranasais.
Septo nasal desviado para direita.
Gás na região malar esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 04/12/2017 13:47


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201730960229

Idade: 42 anos

Paciente: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Data: 03/12/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenóide e no processo zigomático esquerdo, com gás no espaço mastigador esquerdo.

Material denso no interior seio maxilar esquerdo podendo corresponder a sangue.

Espessamento do revestimento mucoso das demais cavidades paranasais. Septo nasal desviado para direita.

Gás na região malar esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 04/12/2017 13:51.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MATA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 84399

Atendimento Nº:

Nº ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Idade: 25/02/1982 (36a 8m)

CNPJ: 200128547140000

Nº MARIA ROSIMAR DE AZEVEDO

Profissão: MOTORISTA

Endereço: BRIGADEIRO SALEMA

Nº S/N

Complemento:

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORÓ/RN

Estado:

Telefone: NÃO INFORMOU

Clinica: CLINICA MEDICA

CPF DO PACIENTE: (NÃO TROUXE)

Data: 20/11/2018

Hora: 20:18

Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor: ALEX ALVES

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acolhimento

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Paciente com dor de garganta
de início súbito.
Apresentando dor e edema
em 5º quadrante da boca direita.

EXAME FÍSICO:

Peso: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:

SpO2: HGT:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo) e Assinatura:

Saída: Data/Hora / / às : h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: **UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MATA**

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: **84399** Atendimento Nº: **7537118**

Nº: **ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA** Idade: **25/02/1982 (36a 8m)** Data de Nascimento: **25/02/1982**

C: **200128547140000** N: **MARIA ROSIMAR DE AZEVEDO** Prof: **MOTOTAXISTA**

E: **BRIGADEIRO SALEMA** NE: **S/N** Complemento:

Bairro: **ALTO DE SAO MANOEL** Cidade: **MOSSORO/RN** Estado: **NAO INFORMOU**

Clinica: **CLINICA MEDICA** CPF DO PACIENTE: (NAO TROUXE) Data: **20/11/2016** Hora: **20:16**

Motivo da Procura: **PRONTO ATENDIMENTO** Rubrica Servidor: **ALEX ALVES**

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: ☐ Emergência ☐ Urgência ☐ Não Urgência ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: () Assinatura: Classificação:

ANAMNESE:

Paciente com dor de garganta de início súbito, acompanhada de edema em 5º membro inferior direito.

EXAME FÍSICO:

Peso: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glândulas:
SpO2: HGT:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

☐ Laboratório:
☐ Radiológico:
☐ ECG ☐ Outros:

Diagnóstico do Diagnóstico: CID:

Conduta: ☐ Medicação ☐ Observação ☐ Laudo para AIH

Saida: Data/Hora às h. ☐ Alta referido para UBS ☐ Óbito

☐ Outra Unid. Urgência ☐ Especialidade

☐ Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

① Exame de RTM para
avaliar o tempo de

Dr. Iago M. Rocha Leite
Médico
CRM-RN 9536



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado ROSELIANE -
BRUNO DA SILVA
foi examinado nesta Unidade às 24 horas, necessitando
de 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

15/03/2018
LOCALIDADE E DATA

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

2. Indicação Médica de Corte.

Lesão ligamentar

Paciente vítima de acidente de trânsito.
 no caso de fratura (lesão de nível
 médio) associada com lesão do tendão
 proximal do 5.º dedo da mão direita.
 O exame: tendão rompido, completo.

de de movimento passivo, sem dor
quilo no momento. Paciente pede
de ajuda.

CD: S62.6


Dr. Michael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 107463/SP

23/05/13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-PIO

Adilson Araújo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

REGISTRO DE IMPOSTOS

951770274 49

Adilson Araújo da Silva

15.02.75

ASSINATURA

Adilson Araújo da Silva

É VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1780844

DATA DE EXPIRAÇÃO 15 SET 1992

NOME ADILSON ARAÚJO DA SILVA

PAI José Araújo da Silva

MÃE Severina Camilo da Silva

Sapé - PB.

DATA DE NASCIMENTO 15.02.1975

cert.nasc.60.299, fls.150, liv.104-A

951770274-49

Cartório de Sapé - Pb.

ALVARO DE ARAÚJO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 1.366/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

RESERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Filiação
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

Naturalidade
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPU
007.854.384-99

VIA EXPEDIENTE EX
01 07/05/2010

RESERVAÇÃO
22742

PAULO ANTONIO MOTA E SILVA
PRESIDENTE

CUMPREV PREVIDENCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO

<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DAS CIDADES</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</p> <p>CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO</p>			
<p>NOME</p> <p>ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA</p>			
	<p>DOC IDENTIDADE / OUTROS DOC Nº</p> <p>002156390</p>		<p>SEXO</p> <p>PM</p>
	<p>CNP</p> <p>012.045.904-35</p>		<p>DATA NASCIMENTO</p> <p>25/02/1982</p>
	<p>PROFISSÃO</p> <p>ADERSON FRANCO DE SOUSA</p> <p>MARIA ROSIMAR DE AZEVEDO</p>		
<p>FORMAÇÃO</p> <p>Ensino Médio</p>		<p>ACD</p> <p>30</p>	<p>CAT. 008</p> <p>30</p>
<p>Nº HABILITAÇÃO</p> <p>02457174398</p>		<p>VALIDADE</p> <p>04/09/2019</p>	<p>1ª HABILITAÇÃO</p> <p>06/08/2002</p>
<p>Observações</p> <p>NAB MOTOTAXISTA;</p> <p>NAB MOTOPRESTISTA;</p> <p>EXERCE ATIV REMUNERADA;</p>			
<p>Assinatura do Titular da Carteira</p> <p><i>Rosiaderson Azevedo de Sousa</i></p>			
<p>LOCAL</p> <p>BOSSORO, RN</p>		<p>DATA EMISSÃO</p> <p>11/09/2014</p>	
<p>Assinatura do Emissor</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>		<p>48046428601</p> <p>RN702017091</p>	
<p>DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)</p>			

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu dever protegê-la e Cuidá-la, por meio de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
EAT - EMPREGO DE AMPARO AO TRABALHADOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

131.06310.19-9

NÚMERO

2731258

SÉRIE

002-0

UF

RN

Maria das Graças de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: MARIA DAS GRAÇAS DE ARAUJO

LOC. DE NASC.: COPIARA - CE

FILIAÇÃO: FRANCISCO PAULINO DE ARAUJO

FRANCISCA SOARES

DOC. APRESENTADO: RG 2000869 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEITURAS DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: 2000869

CPF: 049.094.944-48

25/09/1972
NASCIMENTO

LOCAL DA EMISSÃO: CENTRAL DO CIDADÃO MOSSORÓ-RN

EMISSÃO: 20/09/2007

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERDIÇÃO G - DATA DE NASCIMENTO
F - SEPARAÇÃO D - ADOÇÃO F - ADOÇÃO VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011545334620

43930269174

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20150800003946-6

VIA

0104388594-0

00/00000000

FLAVIO JOSE DE OLIVEIRA
R MARIA LUCIA RAMOS DA SILVA 1
NOVA BRASILIA
58340000 SAPE-PB

10964852497

0F23863/PB

NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

NOVO

PB

9C2KC1680FR023868

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2015 2015

2 F/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KC16E8F023868

0

SAPE-PB

14346

31/03/2015

7003781

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO

AC. 000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11528 // 00192 Nº 014242740316
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VM 1 COD. REGISTRO 01100311529 ANO 2018

PROLAD EBRON AZEVEDO DE SOUSA

012.045.904-35 PLACA QGJ2138

06J2138/RN 9C2 KC22 0008001286

PASSEAGIRO/MOTOCICLISTA/MÃO APLICAR ALCOOL - CARGO

BORDA/CQ 160 FAN ESDI 2016 2016

OCV/162 CILINDRADAS ALDUTL LARANJA

P 0.00 22/10/2016 1º BADO

V 002892 3X R5 12.32 2º PAGO

A 002892 3X R5 12.32 3º PAGO

MOTOR: KC22 EOC081306

MOTOR/CV RN 22/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT
RN Nº 014242740316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VM 1 012.045.904-35 PLACA QGJ2138

01100311529 BORDA/CQ 160 FAN ESDI

9C2 KC22 0008001286

PREMIO TARIFARIO

QUANTO DO BILHETE 90

QUANTO DO SEGURO 90

QUANTO DO SEGURO 90

QUANTO DO SEGURO 90

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.314.400/0001-64

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

JUCIELE ARAUJO DA SILVA
RUA PEDRO BARBOSA DE LIMA, 18 - MUTIRAO
SAPE / PB CEP: 58340000 (AQ: 51)

Emissão: 31/07/2018 Referência: Jul/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 220V, Km 25 - Creta Redentor João Pessoa / PB - CEP 58071-600

Roteiro: 18-51-185-1570 HP medidor: 00500977261

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.096.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 10.342.142
Cód. para Dab. Automática: 00004402768

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul/2018	31/07/2018	30/08/2018	115.946.124-66 Insc. Est.

UC (Unidade)

- Tarifa Social de Enl
R\$ 10,438, de 25 de a

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

216-596900563-7

04/Ago/2018

HORA DE 08:50:19

Anterior
Data 29/08/18
Leit 738

LOT. 13,17658-3

TERM 006309

LOCALIDADE: SAPE

AG. VINCULADA: 0922

COI Descrição

0801 Consumo até 2
0801 Adic. B. Verme
0810 Substido

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ENERGISA PB - DISTR ENERGIA SA

VALOR DO PAGAMENTO: 36,07

0804 JUROS DEMO
0804 JUROS DEMO
0805 MULTA 05/2011
0805 MULTA 05/2011
0805 PARCELAMEN
0805 ATUALIZAÇAO
0805 ATUALIZAÇAO
0806 Devolução Sub

835400000003 350700540006
044027520185 071000510199

216-596900563-7

19 VIA

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 36,07 0,00 0,00 17,28 0,18 0,08

Média últimos meses (kWh)
114

VENCIMENTO
07/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 36,07

Histórico de Consumo (kWh)

108 / 108 / 110 / 104 / 107 / 111 / 111 / 123 / 123 / 128 / 41 / 115
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

a792.891d.1911.92c2.31a7.72d8.63f6.1f1c.

Indicadores de Qualidade

8/2018 - Espé

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	1,5/2,1	0,35	NOMINAL 220
DC TRIMESTRAL	1,5/2,1		
DC ANUAL	1,5/2,1		
FC MENSAL	1,5/2,1	1,00	CONTRATADA 200
FC TRIMESTRAL	1,5/2,1		PARTE INFERIOR 231
FC ANUAL	1,5/2,1		LIMITE SUPERIOR
DMC	1,5/2,1	0,35	
DICR	1,5/2,1		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB		
Compra de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Setoriais		
Impostos, Contrib. e Encargos		
Outros Serviços		
Total	36,07	100,00

Valor de SuSD (Ref 5/2018) R\$ 4,35

ATENÇÃO

- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$10,73

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 SET. 2013
PROTOCOLO
10.000.000.000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.931.977 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2010

NOME **FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA**

FILIAÇÃO **SANTINA ANA DE OLIVEIRA**

NATURALIDADE **SAPÉ-PB** DATA DE NASCIMENTO **09/05/1993**

DOC ORIGEM **NASC.N.32334 FLS.088V LIV.A-37**

CARTORIO **SAPÉ-PB.**

CPF **000.000.000-00**

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Flávio José de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Flávio José de Oliveira

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR **FLAVIO JOSE DE OLIVEIRA**

DATA DE NASCIMENTO **09/05/1993** Nº INSCRIÇÃO **0423 6173 1279** D.V. **004** ZONA **004** SEÇÃO **0141**

MUNICÍPIO / UF **SAPÉ/PB** DATA DE EMISSÃO **08/08/2017**

JUIZ ELEITORAL

VALIDO

www.receita.fazenda.gov.br

Receita Federal

109.648.524-97

FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA

09/05/1993

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CUMPREV PREVIDÊNCIA SIA

17 SET. 2013

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA : 012.045.904-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA
CPF: 012.045.904-35

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035759 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/4 ANEXO 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. RAPHAEL M. GONÇALVES, CRM 6320, DE 23/05/2019 . P 1/2 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM EVIDÊNCIA DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL À VÍTIMA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE (PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adilson Araújo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Auxiliar de Serviços Gerais Nº DO RG: 378 0844
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 15/08/92
Nº DO CPF: 951 770-274-49 ENDEREÇO: Rua Albiner Alben
Barbosa, s/nº, Bairro Mutirão, Gópi-PB, Cep 58340000


OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Adilson Araújo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Gópi-PB, 17 de Agosto de 2018.

Adilson Araújo da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

 **Feliciano da Silva**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
ADILSON ARAÚJO DA SILVA
Em test. da verdade. Sapê-PB 17/08/2018 12:21:04
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
(2018-006890) JENL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AH083757-SNOY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Seve ino Lucin M. Feliciano Sá
Instituto Substituto
Instituto de Lourenço Gusmão
Esc. de Direito
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1745
Fone: (85) 3283-2341/9313-3103
CEI 58340-000-Sapê-PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLADO

ANOS EGRIN
TARN
Solo de Antinidade
FIRMA 1
AJI-002557

**ANOS EGRIN
TARN**

Selo de Autenticidade

FIRMA 1

AJI-002587

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA : 012.045.904-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339558/18

Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA

CPF: 951.770.274-49

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 03/12/2017

Titular do CPF: ADILSON ARAUJO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ADILSON ARAUJO DA SILVA : 951.770.274-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA
CPF: 012.045.904-35

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035759 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/4 ANEXO 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. RAPHAEL M. GONÇALVES, CRM 6320, DE 23/05/2019 . P 1/2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180431185**

Vitima: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180431185**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13383835



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Sinistro: **3180431185**
Vítima: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**
Data do Acidente: **03/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180431185** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180431185**
Vitima: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**
Data do Acidente: **03/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180431185**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

